

# ケアラー問題と今後の課題

## ー福井県大野市・坂井市でのケアラー調査からー

高 田 洋 子\*

キーワード：地域科学，ケア，家族，高齢者介護，ケアラー調査

### はじめに

この文章では，ケアラー（家族など無償の介護者）がかかえる問題とその背景を考え，私たちが2012年と2013年に福井県大野市と坂井市春江地区で実施したケアラー調査の結果から，ケアラーの生活とその介護のありようを再整理し，私たちのよりよい生活の構築へ向けて考察を加えたい（注1）。

構成は以下のようなものである。

- 1 ケアラー問題への視点
- 2 ケアラーの生活と介護
- 3 ケアラー問題の今後のために

### 1 ケアラー問題への視点

（1）なぜ「ケアラー」が問題とされるのか。

以下，3点について検討する。

- ・家族介護者の困難があること。
- ・家族介護者の困難は社会問題であると認識されていること。
- ・問題解決の方向は見えていると考えられていること。

「ケアラー」とは，私たちの研究では，「介護，看病，療育，世話，こころや身体に不調のある人への気づかいなど，ケアの必要な家族や近親者・友人・知人などを無償でケアする人」とした。

---

\*福井大学教育地域科学部地域政策講座

NPO 法人介護者サポートネットワークセンター・アラジンの定義にしたがっている（注2）。簡単には「家族など無償の介護者」を「ケアラー」とした。

1）家族介護者の困難があること。

高齢者、障がい者などへの無償の家族介護者（＝概ねケアラー）が「困難」に遭遇し、その負担を軽減して欲しいという市民運動、政策形成活動に端を発して、「ケアラー」が問題になるようになった。さらに近年は「ヤングケアラー」、つまり二十歳前の年代で、自分の親やきょうだいの介護にあたっている「ケアラー」の存在が問題視されている。英国等では早くから問題とされ、負担軽減の施策や相互支援の場が提供されている（注3）。

ここで「介護」（ケア）とは、年齢、高齢、障害、病気によって、生活している社会の平均的水準からは不足していると思われる心身の機能の状態にあり、通常の生活のためにはそれを補う必要がある場合に、当事者の意向に沿って行われる多様な支援を指す。食事、排泄、入浴、意思表示などへの身体介助に加えて、本人の話を丁寧に聞くこと（傾聴）や、気遣いや見守りをするなど、一つの形となる。

このような「介護」は、私たちの社会の現状からすれば、当事者の家族（親、子、きょうだい、親族など）、隣人、知人仲間、ボランティア、介護の専門職（当事者の自宅に訪問する人、当事者が入所する施設の介護職員）などによって行われ、制度上は、当事者の状況に応じて「妥当」な手立てが選択されていることになっている。自治体の福祉職員や地域の民生委員・児童委員がその判断に関与するし、近年は高齢者や障がい者に関しては介護保険制度が発足し、多様な福祉施設に加えて、在宅での介護の手立ても工夫されつつある。

介護の専門職（職業人）は有償の、報酬を得る労働者であるし、一部のボランティアも有償であるが、家族や隣人、知人・友人などは無償の介護者である。介護者に有償のものと無償のものがあるのは、有償の水準を大きく制約する（介護労働者の低賃金、労働環境の低位水準）ので考えるべき点を含んでいる。なぜ無償のケアラーが存在するのかは議論の対象となる。無償の介護者のなかで、当事者との関係を解消することが難しいのが家族である。家族介護者は、「逃げ場のない」問題の深刻さを経験することが多い。

家族介護者の「困難」とは、家計、介護者の生活時間、生活行動選択（買い物、遊び、学びなど）、ひいては人生航路選択において、介護者に自由にならない現実があることを指す。一般に、ある人の生活のあり方は、その人の生活観による部分もあるが、生活者の環境に大きく基礎付けられている。生活上の選択が生活当事者の全くの自由選択になることは多くの場合にはありえず、様々な周囲への配慮を伴うのが通例である。その配慮（しがらみ）の受容は当事者の考え方や採用している社会規範・習慣によるので、「自由にならない現実」は多様な水準を示していて、生活者や介護者、さらには介護対象者間の会話において、介護を担当することについての「我慢」が求められたり、そのような言葉が飛び交ったりするのは通常のこともである。しかし、今の社

会において受忍できる「我慢」の水準もあるのであって、それを超える介護負担は「困難」というべきあるし、回避する工夫が求められるであろう。実際に多くの「困難」が指摘される現実にある。「負担の軽減」とはそのことを言う。

家族等への介護の時間を確保するために、働く労働者には介護休業などの制度も用意されているが、使いやすい制度とはいえず、結局介護離職に追い込まれる人も少なくない。また自分の家族から離れて単身で介護すべき当事者に寄り添う人々も出てくる。これらの対応は日常生活の激変を伴うことになるし、経済的な負担も少なくない。このようなありかたは、家族介護者なら当然のことなのであろうか。家族や家族関係の変化の中で、対応は難しくなっていると考えるのが妥当であろう。「負担」の軽減策の一部は、家族会の活動、おしゃべりの場の設置（コミュニティカフェ）、実態調査と問題提示、政策提案などである。

## 2) 家族介護者の困難は社会問題であると認識されていること。

家族介護者の「困難」が、市民運動を生み、政策提案の運動となり、社会問題化するのには、介護あるいは介護負担の問題が「社会問題」との認識が背景にあり、私たちに共有されているからである。介護保険制度を2000年に導入する際には、その導入は「介護の社会化」の第一歩ともいわれたし、家族介護者と専門職の介護を並べて、家族介護者への報酬の支払いの可能性についても検討された（注4）。家事労働者を外部から雇うことを考えれば、そうおかしいことではない。先に述べたように、介護の担い手には専門職の人を含む。広く言えば、医療従事者（医師や看護師、医療ソーシャルワーカー）やリハビリテーション従事者、介護従事者、さらには保健従事者（保健師）など、資格を有する介護担当者は多い。医療制度や介護・福祉制度、地域保健制度、そして医療保険や介護保険の制度を基礎に、社会的に介護を担ってきている。戦後の日本社会に限定してみても、その活動実践の歴史は短くない。少しずつ社会的に介護がなされるようになってきた。2000年の介護保険制度の導入、近年の地域包括ケアの推進政策は、その道筋の中にある。

このような社会的な介護が一定程度広がってきたのは、介護を受ける当事者の介護水準を低下させないためである。「寝たきり老人ゼロ」を標語にした広島県旧御調町の公立みつぎ総合病院の取り組み（医療と介護、保健の一体的取り組み）は、病気治療が一応終わり退院した後の養生に関わる介護水準が低く、回復するよりも自宅で「寝たきり」状態になったり、さらに再度入院に至る例が多かったことを問題にして出発した。国民健康保険財政が町財政を圧迫する、医療費問題が背景にあり、住民の医療費をできるだけ少なくするために疾病の予防をはかり、また疾病の長期化を防ぎたいという意図があった。地域の中で高齢者のみの世帯や単独世帯などが見られるようになってきて、退院後の高齢者の療養を見守る家族の介護が十分に機能していないことにも課題を見いだしていた。この町は、後に高齢者福祉施設や地域保健の拠点施設を病院に併設するようになる（注5）。療養生活においても、下回ってはいけない療養・介護水準が共有の水準として認識されるようになったといえる。社会的なコストの計算もあるが、より基本的には当事者の

人権の問題である。

しかし、今、家族介護者が困難を有することが問題とされ、あるいは我慢するだけでは問題が解決しないと考えられて、市民運動にまで向かうのは、家族介護者の困難が終局当事者の問題としての介護水準の低下を生むことが必至であり、それを回避することが重要であることに加えて、介護を担う家族の生活や人生選択の不自由と困難そのものを考えてのことである。家族がいて、とくに三世代家族の中で同居していれば、介護機能は一定程度果たされる可能性があり、家族に任せておけば良い、なんとかなるだろうということでは済まない事情になってきている。高齢者の長寿化（要介護者の増加に等しい）や子ども世代の共働きの普遍化やその居住地の遠隔化、家族のありかたの多様化は、在宅での家族介護負担の重さや困難をより顕在化させる。家族介護が十分機能しないのは、家族がいなかったり、家族が別居しているからだけではなく、その負担が重すぎるからであり、多様化した今の家族のあり方からすれば「無理が多い」のである。

### 3) 問題解決の方向は見えていると考えられていること。

「問題」にする、あるいはできるのは、解決の方向が見えているからである。その方向とは、介護の担い手を、より専門職化する方向を政策的制度的に考え、家族の介護負担を軽減する方向である。それは、先に述べたように、家族の困難を共有することから始まるものと思われるが、基本的には介護を社会化し、家族の介護なしにも、あるいは家族による介護を前提としなくても、当事者の介護水準が低下しないありかたを探ることにある。「家族は福祉の含み資産」という日本型福祉社会の方向とは少し異なるので、これを現実化する過程は時間を要するものであろうが、家族介護の困難を解消する方向に他の選択肢があるわけではない。家族による介護は今あるような困難を解消することを通してこそ本来の姿になる。

## （2）ケアラーが問題になる場合の基本的な「問い」

以下、3つの「問い」について考える。

- ・ 介護はなぜ必要なのか。
- ・ 家族にしかできない介護はあるのだろうか。
- ・ 家族が介護をやれる条件は何であろうか。

### 1) 介護はなぜ必要なのか。

個人の能力といわれるものが基本的には社会的な支援を含みこんで成り立つことを考えると、社会的支援としての介護は私たちの生活と人生において、必須の要素と言うことになる。私たちの自立という状況も他者の支えなしにはありえない。他者との関係群の中でそれぞれの個人が、相互の支援・補いあいを自らの力として組み込んで、毎日の生活と人生を成り立たせている。む

ろん高齢者や障がい者、子どもや病気の人だけがそうなのではなく、誰もが社会的に支えられて生活している。介護も含んで一人一人の生活保障がなされている。そのような当たり前のことを思うと、この問いには回答の必要がないようにも思われるが、今の競争社会の中で、それぞれが独立して「個人の能力」を持っているように錯覚し、その比較のようなことが日常的に行われているし、常に上位の位置を目指す志向性を表す人々の様子もみられる。あるいは「自己責任」という言葉のように、その人の選択判断がその人一個の力でなされたように言われ、選択結果の責任を問われたりする。しかし選択する力はどのように形成され、どのように維持され発揮されるのだろうか。ある意味ではその力は社会的な共同の力ではないのか。このようなことを考えると、この問いやそれへのそれぞれの回答も重要ではないかと思えてくる。

ケアをなすことは義務なのか、ケアを受けることは権利なのか、ケアをなすことは権利でもあるのだろうか、ケアを受けない権利もあるのだろうか、ケアを受けることは義務だったりするのだろうかなどと考えることも、この問いに関係している（注6）。

## 2) 家族にしかできない介護はあるのだろうか。

四半世紀前に、武川正吾は、イギリスの福祉サービスを支える4つのシステムを指摘した〔武川正吾、1992、pp15-33〕。以下のようにまとめられる。

- ・インフォーマルシステム：家族、近隣、友人などの互助。  
重要、しかし決定的ではない。
- ・法定システム：中央政府、地方自治体による直営の公共サービス。  
対象の普遍性、処遇の公平性、水準の安定的維持に優れる。  
しかし、柔軟性がなく、新しい試みに消極的。
- ・営利システム：民間企業の市場サービス。しかし、利用層が限定される。
- ・非営利システム：民間のボランティア団体によるサービスの提供。  
新しいサービス、処遇方法の開発（法定システムの拡張）  
より高い水準のサービスの供給（法定システムの質の改善）  
独自のサービスの実施（法定システムの補完）

ここでは、家族による福祉は「インフォーマルシステム」に含まれる。イギリスは、この中の「非営利システム」の比重が大きいし、アメリカのシステムは、営利システムの信頼性に期待している。北欧は「法定システム」が大きく機能している。わが国は「インフォーマルシステム」への期待が大きい。つまり家族や地域社会の力を大きく見ていて、必要な限りで社会的なサービスとしての「法定システム」が機能する形になっている。ただ、私たちの負担の問題として考えると、2000年にこの国に導入された介護保険制度も、以前からある医療保険制度も、大きく言えば社会保険制度であって、国が決めたルールで、自治体が社会保険の保険者となり、企業また社会的企業がサービスの供給者として機能するもので、巧みに3者が混合された社会的介護のしく

みになっている。自由市場に供給を任せて完全に商品として扱うわけではなく、商品の質と量を国が統制し、私たちの階層差を社会保険制度の中でやや緩和し（所得に応じた保険料拠出と一律のサービス料金、自己負担部分によって階層差を幾らか残す）、生活保障の公共性や統制可能性を示している。保険財政には国や自治体の負担があり、税金で負担する所得再分配にもなっている。私たちは、家族介護や隣人としての介護（ボランティア）において直接負担する知恵や労力に加えて、保険料と税金によって、この社会保険のシステムを支えているわけで、家族介護がどこまで分担するのか、このしくみから考える必要がある。

このシステムの型を、介護の担い手のタイプから考えてみると、わが国でもそれは多様で、次のように挙げられる。

①インフォーマルな介護の担い手

- ・ 家族や親族
- ・ 隣人
- ・ 知人や友人

②民間企業（企業） → 市場を場とする

③自治体や国の機関 → 医療・福祉領域の社会的政策と制度を場とする

④社会的企業（社会福祉法人、医療法人、宗教法人、NPO など）

「インフォーマルな介護の担い手」のなかでケアラーとしての家族は、知人や仲間とも少し違ひし、隣人たちとも違ひ。何が違ひののだろうか。家族関係は、とくに親子関係は選択的な関係とは言にくい。そういう関係の質はどう介護の質に関係するのだろうか。家族にしかできない介護はあるのだろうか。他に代替できる内容だけなのだろうか。「家族は福祉の含み資産」と語ってきた福祉関係者や政治家は多いが、彼らは何をとりあげているのだろうか。ケアラーの抱える困難を前にして、それでも積極的に語れる家族の介護とは何であろうか。

宮本みち子は、家族の機能について3つあげている〔宮本みち子，2015，p16〕。

- ・ 子供を産む・育てる，病気や高齢者の看病や介護，心のよりどころとしての家庭作り（団欒・気配り気遣い）。
- ・ 受け皿機能：身内の絆を維持し心の支えやよりどころ（となる），人びとの全生活を丸ごと引き受ける場所，帰属する場所。
- ・ コーディネイト機能：人びとのニーズを満たすために，社会の資源をつなぐ役割。

家族関係が無償の愛に支えられていると考えてしまうと，これらの機能は代替も可能であるが，家族においては際限なく期待されることになる。逃げ道がなくなってしまう。

### 3）家族が介護をやれる条件は何であろうか。

実際に担当することになるには，幾つかの条件を満足する必要がある（注7）。

第一に，介護対象者（要介護者）が，介護をする人自身，介護者をつくる空間，介護者が有す



る技術や態度を受容できるかどうかである。当事者（要介護者）が、「あんたなんかに介護されたくない」と話す場面は珍しくないだろうし、施設には入りたくない考える人も少なくないだろう。施設に入るにしても、あそこの施設や職員は嫌いだとなるかもしれない。介護に当たる人が「在宅」が良いと考えても、当事者が病院でないと安心できないと言え、介護の担当は難しくなる。当事者の「好み」あるいは考え方や価値の問題である。

第二に、介護をする家族員が実際にいるのか、いるとしても、その人が介護の時間を確保できるのか、そして十分な介護技術や判断能力を発揮できるのか、介護への意欲は持ちうるのか、といった問題がある。このことのほうが基本的な条件かもしれない。天涯孤独の人に「家族介護」はありえないし、家族総働きの家族の中で、介護担当者を決めるのは容易なことではない。遠くに生活する子どもたちやその家族を介護の担い手と言いうるか否かは現状では難しい。

第三に、社会規範の制約がある。日本の社会の家族は、伝統的な家の規範と、現代家族の規範とを併せ持つ。家の規範は直系家族制の家族の習慣を核に持つ。家族は世代を超えて持続するものとされ、子の一人が結婚後も親夫婦と同居して生活し、親夫婦の老後をみながら、家族の財産（家産）を継承する。さらに家督や祭祀の継承も加わる。日本の社会ではこの継承を長男が引き受ける習慣であり、性別（男性優位）と年代順（長幼の序）の規範をあらわしている。この秩序によって、社会の単位としての家族が守られてきたと言える。今の家族の現実是多様で、このような社会規範を守れる事情にはない。子ども世代のきょうだいが少なくなり、女性だけという場合も増えてきたし、子どもがいなくても多い。雇用労働に子ども夫婦ともに従事することが多く、誰かが同居していても昼間は働いていて家にはいないのが普通である。昼間独居となる。子ども世代が若い間は親の住居の敷地内に別棟を作って別居したり、近くにアパートを借りて別居する場合も増えたが、さらには働く都合で遠くに別居することも多くなった。ただこれまで持続してきた規範は、親夫婦の老化、引退、死亡と言った家族の「危機」の時にはまだ機能している。さらに、現代の家族関係に関する「愛情」規範、つまり「愛情」によってお互いが結ばれている、あるいは結ばれているべきだという規範が加わり、介護を担当することには、伝統的な制度的規範に従うのとは別の価値付けがされている。

このような条件群の輻輳する影響力とその判断・計算の結果、家族の中で、誰かが引き受けることになるか、誰もやれず、社会的介護に任せることになるのか、その折衷案なのかが決まる。

最後に挙げた「社会規範」のうち伝統的な内容がリジッドに機能し、私たちが疑わずに受容している事情にあれば、たぶん、先に挙げた1や2の問いもたてずに（家族介護は当たり前だし、家族が見るのが一番いいとなって）、長男やその配偶者が担当することになるであろう。しかし、そのような事情は希な（つまり幸せな）時代となり、私たちは「問い」をかかえ、その検討と納得を必要とするようになっていく。ケアラーの「困難」の一部はこれらの「問い」への納得できない回答が見つからず、不満を内包していることの結末であろう。

私たちの調査で出てきた、ケアラーの「悩み」の大きなものは次の二つである。

- ・ 家族の中の誰が担当するのか。
- ・ 家族として介護をどこまでやればよいのか。

上記3つの基本的な「問い」とその解消が悩みの解消には必要なのである。

## 2 ケアラーの生活と介護

### （1）ケアラー調査

私たちの調査から、ケアラーを担う人々がどんな人々なのか、ケアラーの生活と介護はどのようなものなのか、あらためてみる。適宜、アラジンの調査とも比較してみる。

- ・ 調査対象者のうちのケアラー（および主たるケアラー）の出現率
- ・ ケアラーの性別
- ・ ケアラーの年齢
- ・ ケアラーの家族内地位，ケアを受ける人の家族内地位，つまりケア関係の性格
- ・ ケアラーの家族，ケアを受ける人との同別居状況
- ・ ケアラーの職業，ケアラーの職業経験
- ・ ケア年数
- ・ ケアラーの健康状態，ケアを受ける人の健康状態
- ・ ケアの内容（今，何をやっているのか，どのくらいやっているのか）
- ・ 社会サービスの受容状況

私たちの調査は、ケアラーの生活や抱える課題を明らかにするために、2012年に福井県大野市、2013年に福井県坂井市春江地区で実施した。住民基本台帳から40歳～85歳の住民を無作為抽出し、大野では1037人に質問紙を郵送し443人分の有効票を郵便で回収し、坂井市では、651人に郵送し246人分の有効票を郵便で回収した。

調査結果は、各地区に関し、単純集計結果を自由記述の整理とともに報告書に示し、さらに介護に関わる家族関係別の分析を行って、報告書および論文に示した（注8）。

### （2）調査で示した「ケアラー」の定義

私たちの調査では、前述のように、「ケアラー」とは、「介護，看病，療育，世話，こころや身体に不調のある人への気づかいなど，ケアの必要な家族や近親者・友人・知人などを無償でケアする人」とした。NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジンの定義にしたがっている。調査で行った質問では，現在，①家族や身のまわりの人を介護，あるいは看病している，②病気または障害を持つ子どもを育てている，③身体やこころに不調のある家族や身のまわりの



人を気づかっている、いずれかに該当すると回答した人を「ケアラー」とした。このケアラーについて、ケアを主になって行っている人（主ケアラー）と、補助的な立場で行っている人（サブケアラー）にわけ、また、上記の①および②に携わっている人と③に携わっている人（「気づかいケアラー」）を分けた。

大野市調査では、443の有効回答票のうち、153が「ケアラー」と認められたが、「気づかいケアラー」を除く「主ケアラー」を対象に（68票、一部無回答の部分の多い票を分析から除いた）、介護に関わる家族関係別の分析を行った。坂井市春江地区調査では、246の有効回答票のうち、85人が「ケアラー」と認められたが、ケアラーを分類した上で、ケアラーのほぼ全員を対象に（84票、1票は無回答部分が多く除いた）、介護に関わる家族関係別の分析を試みた。

ケアラーの出現率は両地区とも約35%であり、変わらない。アラジンの全国調査では、気づかいケアラーも含めて27%であったので、福井の両地区はケアラーがやや多いと言える。アラジンの全国調査は、実施した5地区の中に都会の住宅地も含んでおり、高齢化率の違いを反映するものでもあろう。いずれにしても40歳以上の3人に1人が家族内での介護を抱える現実にあることは、介護の内容や水準に差があるとは思われるものの、見逃せない現実である。

### （3）ケアラーの性格

「ケアラー」である人々は、調査対象者の中でどのような人々なのであろうか。付表1及び付表2に関連する結果を示した。

性別では、ケアラーは両地区とも女性の比率が調査対象者全体の女性比率よりも高い。これはケアラーになる人が女性に偏っていることを示している。介護や看護、療育の担い手が女性に偏ること、介護が女性に期待されることが、ここでも示されている。このことは、あなたの属する世帯の世帯主は誰かという質問に対して、「配偶者」と回答されている場合がやや多いことにも関係する。

年齢層では、大野では50代、坂井では50代、60代の比率が、調査対象者のそれよりもやや高く、ケアラーを担うのは、この年代層が中心であることがわかる。介護対象者の年代の中心が80代、70代であり、また続柄で言えば、義理の親も含めた親世代が6割を越えていて、配偶者間での介護も少なくない（両地区とも2割弱）が、親子関係での介護が全体の中では多いことを示している。介護に関わる家族関係別にみると、先に述べたように大野地区の分析では気づかいケアラーを除く主ケアラーに限られるが、配偶者間での介護が坂井では19.4%、大野では30.9%であり、親世代を対象にした介護が、坂井では70.9%、大野では55.9%を占めていて、このことがよくわかる。

ケアラーの属する家族の構成は、調査対象者の家族構成と大きくは変わらない。ただ、ケアラーは単身世帯の比率が少し小さくなる。単身で生活しながらケアラーを担う人もいるが、つまり別

居しての介護になるが、多くはない。またケアラーを担う人が属する家族は、「母」の同居する比率が、調査対象者全体よりも少し高い。ケアラーの担う介護対象者で一番多いのは義母も含む母親であるし、ケアラーの介護は同居しての介護が7割を占めていることに関連する。

ケアラーは、両地区とも対応する介護対象者が1人である人が約8割であるが、残り2割近くの人は2人以上の介護対象者を相手にしている。

ケアラーの家族に含まれる未就学児の比率は調査対象者全体と大きな違いはない。大野市で7.8%，坂井市春江地区で5.9%である。2010年国勢調査では、0歳から5歳児の年齢層の割合が、大野市で4.2%，坂井市春江地区で6.2%であるが、この比率とも大きくは違わない。これらのケアラーは、育児というケアにも関わっていることになる。

ケアラーの職業で一番多いのは「無職」である。大野市では約35%，坂井市春江地区では約36%を占める。今回調査で対象にした住民の職業構成と変わるわけではない。ケアラーの3人に1人は無職者である。「主ケアラー」だけを見るとやや数字は大きくなる。大野市では約43%，坂井市春江地区では約39%が無職と答えている。逆に言えば多くの人は働きながらケアラーを担っている。介護を担うことで働く様子が変わったかという問いに対して、両地区とも約63%の人が変わりはないと回答しているが、3人に1人は何らかの対応（労働時間短縮，休職，退職，転職など）が求められたのである。

こうしてみれば、私たちの対象にした40歳以上の住民とケアラーを担う人々に大きな属性の差があるとは思わず、誰もがケアラーを担う可能性があるといえる。親の年齢や病気の有無にしたがって、誰もが判断と実践を促されると言うことであろう。他の報告に見るように個別の事情はあるが、共有される課題が少なくないということである。

ケアラーを担うことになった理由を聞いてみると、7割以上の人が「家族だから」と答え、また「同居していた」や「他にいないから」と答えている。つまり逃れようのない役割と認識してのことであることがわかる。ケアラーにならない選択があったかどうかについて、深くはわからないが、自由回答部分の記述や聞き取り調査の結果からすれば、今少し複雑な思いが表れる。

#### （4）家族関係から見た介護の内容と問題

両地区の調査結果の分析では、介護に関わる家族関係別の整理を試みたが、そこからは、いくつかのことが理解できる。付表3に家族関係別の介護関係の一覧を示した。

①介護を誰がするかの基本は、配偶者間で行うことが基本になりつつある。配票調査結果からみると、数としては息子や娘による介護が多いが、個別に事情を聞いてみると、配偶者が元気な間は、少々体調が悪くても、配偶者がケアラーを担うのが基本となっている。これは子ども夫婦と同居している場合にも変わらない。

- ②親の連れ合いが要介護になったり亡くなれば、息子や娘、「嫁」が介護を担うことになる。買い物や通院に車が必要な場合には、早くから娘、息子、「嫁」の支援が要請される。これは車社会化した地方社会の現実を示す。
- ③妻、娘、「嫁」は、介護を担うことになれば、自分の職の調整を要請される例が多い。それでも60歳くらいまでは何とか職を持続している。
- ④娘の場合には、別居介護も事例としては多くなる。
- ⑤「嫁」の位置は変わっている。坂井市春江地区の「主ケアラー」を見ると、多いのは、娘、「嫁」、息子の順になる。サブまで含めると、娘、息子、「嫁」の順になる。息子の地位にある人の自由記述回答の中には、「嫁に任せきりで心苦しい」という言葉もあり、息子のあり方にも変化がみえる。
- ⑥男性ケアラーは増えている。ただし、多くの場合に、妻や娘が「頻繁に協力してくれる人」になっており、女性ケアラーがやや孤立する気配があるのとは違いがある。

配偶者間の介護が増えているのは、子どもや子ども夫婦の同居が少なくなったこともあるが、同居していても、介護を受ける親夫婦の側が子ども夫婦の仕事や孫世代の養育への影響に配慮していることにあるようにも思われる。複数世代の夫婦を内包した一体の家族という像ではなく、それぞれの夫婦がつくる家族を大事にした家族像があるのかもしれないし、それは二世代の夫婦が同居している場合にもあてはまり、いわば同居の質が変わってきたというべきかもしれない。「核家族化」と言われる傾向は、同居をしている場合にも表れている。「嫁」は伝統的な「家」の中での地位を表す言葉であるが、その地位を巡る社会規範が弱くなり、息子の配偶者として位置づけられることが優位になったものと思われる。むしろ「嫁」本人は、義理の親夫婦の介護の比重は軽くなったとしても、実の娘として、実の親夫婦の介護に関わることが多くなっているのであり、その際には別居介護の形にもなり、介護の担い手としての重みは変わらない。介護の形は、家族介護に限っても、多様になった。坂井市春江地区の分析では以下のように結んだ。「同居介護や長男夫婦、とくに「嫁」による介護が当然とは言えなくなった。むしろ、そのようなこれまでの規範は消えていないし、そのことによる悩みも語られているが、変わりつつあることは否定しがたい。」[高田洋子, 2015, p333]

ケアラーの介護対象者の7割は医療や介護のサービスを利用しているが、約3割の当事者はこのようなサービスを利用していない。介護をしている対象者の病気等は、老化が4割から5割、認知症が約3割、身体的障害が2割から3割、ほかに知的障害、精神疾患、がん・難病などであり、複数抱える人もいる。長期にわたる介護を要するものも少なくない。サービスの利用は当事者の介護の程度による機能的な選択ではあるが、介護者からすると、介護負担をある程度小さくするとともに、専門職であるサービス供給者・担当者との貴重な会話の機会であり、安心の得ら

れる機会でもある。サービスが遠慮なく使える環境にあるのかどうかは、ケアラーの負担軽減に大きく影響する。

また介護の協力者や相談相手がいるかどうかの質問に対して、いずれも7割から8割の人が肯定していて、家族や地域の専門職に囲まれて、多くの人は孤立しない介護環境にあると思われる。ただこれも、個別の自由記述や聞き取り内容からすると、楽観的とは言えない事情もでてくるのであり、少ないとはいえ、厳しい環境におかれている人がいることは看過できない。孤立感を感じるかという質問には、大野市でケアラーの約1/4、坂井市春江地区では約1/6の人が感じると回答している。時間的な自由がないこと、他とのつきあいが減ること、自分のおかれている事情について話しても理解されないように感じることなどが記される。

このような介護を過半の人が2年以上持続しており、3割近くの方は5年以上にわたって介護を担当している。ケアラーの内の気づかいケアラーを含めた数字であるから割り引く必要はあるが、厳しい事情を抱える人が含まれていることとともに、気遣いや見まもりという介護も決して軽い作業ではなく、気が抜けない毎日であることは経験者なら誰もが痛感している。身体の不調がケアラーにおいて半分近くの人から訴えられている。深夜に起こされる機会も多く、両地区とも4人に1人は睡眠を中断される。

ケアラーを担うというのは、現実には、介護対象者との密度の濃い関係が日常的に持続するという点でもあり、身近な相談相手や介護補助者、また専門職の人との交流は、世界を少し開放するという意味で、きわめて大切な負担軽減の機会となる。職場での働く機会は、維持する工夫が大変であるが、社会との接点を確保するという意味では重要である。

ケアラーとしての「現在の悩み・不安」また「将来の悩み・不安」は、多くの人が自由記述の欄で回答している。多いのは本人の健康問題あるいは老化の進行で、自分が今やっている介護ができなくなった時の問題である。次に経済的問題。介護対象者の介護度が重くなって自分の介護ができなくなって施設入所を考える際の経済的負担への不安が挙げられている。また認知症ケアの難しさや、介護対象者との毎日の人間関係、近隣また「嫁」であれば実家との関係に悩む人もいる。これからどうなるのかわからない、あるいはどうすればよいのかわからないという将来への不安につながっている。

ケアラーが望む支援とはどのようなものであろうか。大野市での調査では、幾つかの項目をあらかじめ挙げてそれぞれについて意見を聞いた。要望が強かったのは所得保障で、介護についての手当や介護期間を年金受給期間に加えてほしいというものへの要望である。また介護対象者自身へのサービス（緊急時の対応も含めて）への要望も多かった。坂井市での調査は自由記述で述べてもらったが、緊急時の対応サービス（一時預かりや往診対応など）、通院等での送迎、相談相手や話し相手、また相談窓口の充実などであった。経済的負担の少ない施設の用意も挙げられた。ケアラーが、自分で使える時間を確保したいという思いと、判断しなければいけない場面での負担の軽減や支援への要望が強いように思われる。それだけ責任のかかる重い時間が毎日過ぎ

ているということであろう。

三世代家族だから介護が社会的孤立なしに、支援の手も多く借りられて十分に行えるということとは、調査の結果からは言いにくい。大野市の分析の最後では、以下のように結んだ。「一人暮らし、夫婦二人暮らし、未婚子との同居だけでなく、子ども夫婦やさらに孫夫婦と暮らしていても、その多くにはやるべきことがすでにあり、介護の仕事を交代する余裕はあまりない。といって、家族や地域社会にはもはや、それらを支える多様な人がいる状況にはなく、直系家族も、地域もスリム化している。」〔高田洋子，2014a, p266〕

私たちのケアラー調査では、現在はケアラーではない人の「将来の不安の有無」を聞いている。両地区とも、ケアラーでない人が調査対象者の2／3を占めるが、大野市で7割、坂井市春江地区で6割の人が、将来に不安があると回答していて、介護に関しては、多くの人が不安を抱えているのがわかる。不安の内容には、介護をする側としての不安とともに介護を受けるようになる時の不安がある。介護をする側としての不安は、介護の時期が近くなり、自分の仕事との両立ができるであろうか、また自分の老化や病気の故の不安がある。経済的な負担も含め、介護に関する情報（サービス、施設、技術など）が不足していることへの不安も述べられた。介護を受ける側としては、子ども世代に頼めるのかというのが大きな不安の源である。迷惑や負担をかけたくないという心情も述べられる。これらは、たぶん、現実にケアラーである人の様子をみながらの感想であり、それだけ現実 is 厳しいものということであろう。家族以外の人や機関を担い手とする介護のありかたへの視野の広がりが見えず、家族が担わなければならないという考え方がまだ強いように感じる。

### 3 ケアラー問題の今後のために

私たちの行ったケアラー調査の結果について、さらに分析を加えることが今後必要であるが、その際にも、以下のような点について検討を行うことが有用であろう。

1) 当事者の家族が介護を担うことについて、家族が持つ本来の機能の発揮として肯定的にとらえることができる面は否定できないにしても、今の家族の多様化に即したありかたが求められるであろう。家族集団が社会に対して閉じたあり方を持続する限り、家族内での介護の実践は、実際の介護の担い手の負担を大きくし、ストレスと介護水準の低下を招くと思われる。家族集団を社会に開かれたありかたに変えていく工夫が、介護のありかたをも変えるのではないかと考える。

つまり、家族だけで介護を担うのではなく、社会的な支援を家族内に引き入れる組み立てが必要で、地域看護師や介護の専門職、また医療系の専門職の力をうまく組み込んで介護を進めてい



く工夫が必要である。それは自宅での療養にこだわるということでもなく、緊急時も含めた専門施設の活用が有用である。家族のあり方は多様であるから、一律と言うよりも、それぞれの家族のあり方や要請に応じた社会的支援の組み立てが必要であり、そのプラン形成への支援もまた重要である。こう考えると、介護保険制度の導入はきっかけの一つになり得ている。

当事者や家族と、周囲の人々や専門職との関係が、円滑であるとは、現実を見ると言いにくい。それは、家族を私的領域とのみ見なし、周囲が関与しない制度と意識、専門職の人々が持つ市民への専門家としての態度のあり方、公的組織が市民に対して指示的な態度を示すこれまでの習慣、そういった文化的な側面の問題が関係しているように思われる。

2) 高齢者、障がい者、病者、子ども、そのような「弱者」に対して、この社会はどのような位置を与えてきたであろうか。生産労働に従事する「元気な」人々、とりわけ男性を標準に、生産性や効率性を基準にした社会的な秩序を形成してこなかったであろうか。その「元気な」人々も、業績競争の中に埋め込まれている。「弱者」のケアを、当事者が暮らす家族の相互支援に任せ、「福祉の含み資産」と見なしてはいなかったであろうか。

私たちは、介護を正しく組み込んだ、介護対象者が社会の一員としてまっとうに生きていける社会を展望できる価値と方策を手に入れる必要がある。当事者が「弱者」と位置づけられている限り、ケアラーは「周辺」の位置づけを与えられる。ケアラーもまた社会の機能を担う人々であることを理解すべきであろう。

これは、ケアラーを担う人々が、多くの場合に、職場での不利益を被る事情につながっている。離職転職のやむなきに至る例も少なくない。なぜなのか。社会的な介護が機能を発揮しない、あるいは代替がうまくいかない、職場が生産性の落ちる（職場での労働時間が短くなり効率性が低下する）労働者を排除しようとする、など、いくつかの理由が考えられる。社会や職場の運営や管理を短期的な視点からとらえようとする、ケアラーはきわめて不利な立場におかれる。しかし、長期的に考えれば、ケアラーを組み込める社会や職場こそが強く生き残るであろう。私たちの人生を短期的にのみとらえる視点は、持続的な社会を構想できるものではない。

3) この社会で社会的に生活するには、複雑で面倒な情報接触と判断を要請されるようになった。社会的な接触を制限し、シンプルな生活を試みることも不可能ではないが、快適さと便利さを自分の生活に組み込むためには工夫が要る。生活すべての面で自分で工夫するのはおそらく難しい。情報接触と判断を支援する専門家が必要である。何かの事情で良い情報に接し採用できた人が優位な位置を占めるのは、自己責任の帰結（あるいは成果）であろうか。それでよいのだろうか。介護保険制度も医療制度もその例に漏れない。ソーシャルワーカーやケアマネージャーの設定は必須であったと思われる。ケアラーの不安の一つは、今自分でやっている介護が適切なのかの評価がうまく得られないことである。「がんばり」だけでは妥当な介護水準は得られないのであって、合理的な選択をしたいとも考えている。接しやすい相談の場はケアラーの負担軽減に必須の工夫である。



## 注

- 1) 私たちのケアラー調査は、2012年から13年に行われた。関連する報告書や論文は以下の通りである。これらの調査は科学研究費補助金（2011-2013「高齢者介護を支える家族・専門職ネットワークに関する基礎的研究」）の支援を受けて行われた。この文章は、これら一連の報告等続くものである。
  - ・高田洋子 2013 ケアラー（家族など無償の介護者）を支えるための実態調査第一次報告書
  - ・高田洋子 2014a 家族介護者についての一考察－福井県大野市でのケアラー調査の報告から－ 福井大学教育地域科学部紀要第4号
  - ・高田洋子 2014b ケアラー（家族など無償の介護者）を支えるための実態調査（福井県大野市調査）第二次報告書
  - ・高田洋子 2014c ケアラー（家族など無償の介護者）を支えるための実態調査（福井県坂井市春江地区調査）第一次報告書
  - ・高田洋子 2014d ケアラー（家族など無償の介護者）を支えるための実態調査（福井県坂井市春江地区調査）第二次報告書
  - ・高田洋子 2015 家族介護者についての一考察（その2）－福井県坂井市でのケアラー調査の報告から－ 福井大学教育地域科学部紀要第5号
- 2) アラジンの定義は以下のようである〔NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン, 2011〕。

「『ケアラー』とは、介護、看病、療育、世話、こころや身体に不調のある人への気づかいなどケアに必要な家族や近親者・友人・知人などを無償でケアする人のことです。すなわちケアというものを広範囲にとらえ、要介護高齢者だけにとどまらず、身体的・知的・精神的な障がい者のケア、難病などの看病、あるいは病児や障がい児の療育、さらには依存症やひきこもりなどの家族や知人の世話や気づかいなど、多様なケア役割を担っている人」
- 3) NPO法人アラジンと日本ケアラー連盟は、2011年に英国でのケアラー政策やケアラー関係団体の調査を行い、その報告書を公表している。「英国はケアラー支援の先進地」と位置づけ、ロンドンのケアラーズセンターなどを訪問調査している。それによると、英国では、1995年にケアラーズアクトが成立し、ケアラーズUKという当事者組織やプリンセスロイヤルトラストという支援組織（基金）が支えている。ヤングケアラーへの支援も特徴的で、わが国でも近年、ケアラー連盟やNPO法人アラジンの活動の焦点になっている。
- 4) 海外諸国での経験、わが国での介護保険制度導入時の議論など、菊池いずみ（2010）がよく整理している。
- 5) この病院は、尾道市御調町にある、診療圏域6万人、240床の地域中核病院である。高度医療も行うが、緩和ケア病棟や療養病棟も有している。在宅医療の拠点としても力を注ぎ、福祉施設や行政部門（保健福祉センター）も併設して、現在全国で進められつつある「地域包括ケアシステム」の先進的な実践を積み重ねてきたと言える。国民健康保険診療施設であり、地域の医療・福祉・保健のありかたを指導していく位置にある。
- 6) 上野千鶴子とその著書「ケアの社会学」の中で、4つの権利の集合としての「ケアの人権」を示している〔上野千鶴子, 2011, 第2章「ケアとは何であるべきか」〕。ケアを相互関係としてとらえ、ケアの自己決定性（積極的－消極的）とケアの受け手と与え手を考えた考察をしている。
  - ・ケアする権利
  - ・ケアされる権利
  - ・ケアすることを強制されない権利
  - ・（不適切な）ケアされることを強制されない権利
- 7) 上野千鶴子の「介護の家族戦略」に学んだ〔上野千鶴子, 2013〕。家族介護は、被介護者と主たる介護者という2つのアクターに、規範、選好、資源の3つのファクターが複合的に作用した結果として成立すると述べていて、学ぶことが多かった。

8）先に示した高田洋子の報告書等の内，各地区の第一次報告書は単純集計結果を示したものであるが，第二次報告書と紀要論文は，家族関係別の介護関係の分析結果を中心的な内容としている。

## 参考文献

- 上野千鶴子 2011 ケアの社会学－当事者主権の福祉社会へ－ 太田出版
- 上野千鶴子 2013 介護の家族戦略－規範・選好・資源－ 家族社会学研究 25-1
- 菊池いづみ 2010 家族介護への現金支払い－高齢者介護政策の転換をめぐって－ 公職研
- 武川正吾 1992 福祉国家と市民社会－イギリスの高齢者福祉－ 法律文化社
- 堀越栄子 2012 生活資源コントロールに下案する考察：ケアラー支援を例として 関西学院大学「経済学論究」66（2） pp1-24
- 宮本みち子 2015 単身社会のゆくえと親密圏の再構築 生協総合研究所第25回全国研究集会（9月26日，明治大学）講演資料 pp14-18
- NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン編・発行 2011 ケアラーを支えるために－平成22年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業（家族（世帯）を中心とした多様な介護者の実態と必要な支援に関する調査研究事業報告書）
- NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジン編・発行 2012 これからのケアラー支援を考える－英国のケアラー支援にはたくさんのヒントがつまっています－（平成23年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業，東日本大震災被災地のケアラー（家族など無償の介護者）の実態と今後のケアラー支援に関する調査研究事業 報告書）

付表1 ケアラーの諸属性

		大野市						坂井市春江地区					
		調査対象者		ケアラー		主ケアラー		調査対象者		ケアラー		主ケアラー	
総数 ケアラー率		443	100.0	153	100.0	98	100.0	246	100.0	85	100.0	56	100.0
				34.5						34.6			
性別	男	195	44.0	53	34.6	28	28.6	103	41.9	31	36.5	17	30.4
	女	248	56.0	96	62.7	70	71.4	141	57.3	54	63.5	39	69.6
年齢層	40代	70	15.8	18	11.8	12	12.2	37	15.0	5	5.9	2	3.6
	50代	117	26.4	52	34.0	31	31.6	57	23.2	25	29.4	17	30.4
	60代	121	27.3	39	25.5	23	23.5	83	33.7	35	41.2	23	41.1
	70代	107	24.2	30	19.6	23	23.5	55	22.4	15	17.6	9	16.1
	80代以上	24	5.4	8	5.2	7	7.1	10	4.1	4	4.7	4	7.1
家族数	1人	29	6.5	6	3.9	4	4.1	14	5.7	3	3.5	2	3.6
	2人	98	22.1	30	19.6	20	20.4	47	19.1	18	21.2	11	19.6
	3人	99	22.3	35	22.9	25	25.5	57	23.2	20	23.5	15	26.8
	4人	84	19.0	32	20.9	23	23.5	52	21.1	18	21.2	13	23.2
	5人	55	12.4	18	11.8	11	11.2	31	12.6	14	16.5	7	12.5
	6人	40	9.0	15	9.8	9	9.2	26	10.6	7	8.2	3	5.4
	7人	33	7.4	10	6.5	4	4.1	13	5.3	3	3.5	3	5.4
	8人以上	5	1.1	3	2.0	2	2.0	4	1.6	2	2.4	2	3.6
世帯主は	本人	172	38.8	49	32.0	27	27.6	103	41.9	26	30.6	14	25.0
	配偶者	179	40.4	73	47.7	58	59.2	106	43.1	47	55.3	34	60.7
	親	75	16.9	22	14.4	10	10.2	28	11.4	11	12.9	7	12.5
	その他	16	3.6	4	2.6	2	2.0	7	2.8	1	1.2	1	1.8
同居家族	自分一人	29	6.5	6	3.9	4	4.1	14	5.7	3	3.5	2	3.6
	母	161	36.3	70	45.8	46	46.9	63	25.6	31	36.5	25	44.6
	(うち、義母)							32	13.0	13	15.3	8	14.3
	父	83	18.7	28	18.3	11	11.2	29	11.8	11	12.9	9	16.1
	(うち、義父)							15	6.1	4	4.7	4	7.1
	祖母	2	0.5					1	0.4	1	1.2	1	1.8
	祖父												
	配偶者	368	83.1	132	86.3	87	88.8	207	84.1	74	87.1	48	85.7
	兄弟姉妹	8	1.8	4	2.6	3	3.1	4	1.6	2	2.4	1	1.8
	子ども	260	58.7	83	54.2	54	55.1	208	84.6	63	74.1	39	69.6
	(うち、子どもの配偶者)							40	16.3	10	11.8	6	10.7
	孫	80	18.1	28	18.3	16	16.3	48	19.5	14	16.5	9	16.1
	その他	2	0.5	2	1.3	1	1.0						
家族構成	単身世帯							14	5.7	3	3.5	2	3.6
	夫婦のみ世帯							38	15.4	14	16.5	7	12.5
	夫婦(単身)と未婚子世帯							82	33.3	26	30.6	15	26.8
	夫婦(単身)と既婚子世帯							16	6.5	9	10.6	9	16.1
	三世代・四世代世帯							92	37.4	32	37.6	22	39.3
	その他の世帯							3	1.2	1	1.2	1	1.8
未就学児	いる	30	6.8	12	7.8	7	7.1	16	6.5	5	5.9	4	7.1
	いない	413	93.2	137	89.5	91	92.9	229	93.1	80	94.1	52	92.9
職業	自営業	82	18.5	20	13.1	13	13.3	27	11.0	12	14.1	9	16.1
	家族従業員	18	4.1	8	5.2	4	4.1	6	2.4	4	4.7	2	3.6
	正規雇用	116	26.2	42	27.5	23	23.5	68	27.6	22	25.9	11	19.6
	非正規雇用	70	15.8	23	15.0	15	15.3	47	19.1	15	17.6	11	19.6
	失業中	1	0.2	1	0.7			3	1.2	1	1.2	1	1.8
	無職	154	34.8	54	35.3	42	42.9	94	38.2	31	36.5	22	39.3

注1) 「ケアラー」の定義は本文参照。

注2) 「主ケアラー」であるか否かは調査への回答による。

注3) 各項目の選択肢についてはすべてを記載していない。また集約したものもある。

詳しくは、各地域の第一次報告書を参照。

注4) 表中、大野市の「家族構成」欄は、大野市調査の質問項目との関係で、データ整理が難しく、空欄とした。

付表2 ケアの内容について

		大野市 ケアラー		坂井市春江地区 ケアラー				大野市 ケアラー		坂井市春江地区 ケアラー	
総数		153	100.0	85	100.0	ケアラーに なった理由	家族だから 同居していた	106	69.3	64	75.3
							他にいない	65	42.5	29	34.1
							無職	43	28.1	22	25.9
							近くに住んでいた	15	9.8	5	5.9
							その他	12	7.8	6	7.1
								25	16.3	11	12.9
ケア人数	1人	121	79.1	72	84.7	協力者の 有無	頻繁	61	39.9	35	41.2
	2人以上	31	20.3	13	15.3		たまに	66	43.1	34	40.0
							なし	15	9.8	11	12.9
ケア対象者 との関係	実母	51	33.3	29	34.1	相談相手の 有無	あり	111	72.5	64	75.3
	義母	20	13.1	9	10.6		なし	34	22.2	14	16.5
	実父	15	9.8	15	17.6	ケア期間	半年以内	12	7.8	3	3.5
	義父	8	5.2	2	2.4		2年以内	41	26.8	22	25.9
	配偶者	30	19.6	15	17.6		5年以内	45	29.4	26	30.6
	兄弟姉妹	5	3.3	6	7.1		5年以上	41	26.8	21	24.7
	子ども	14	9.2	8	9.4	介護中の 職業	勤務時間減	16	(14.7)	4	(6.7)
	孫	3	2.0	0	0.0		転職	4	(3.7)	2	(3.3)
	その他	6	3.9	1	1.2		退職	7	(6.4)	11	(18.3)
ケア対象者 の性別	男	51	33.3	30	35.3		休職	2	(1.8)	0	
	女	101	66.0	55	64.7		変化なし	69	(63.3)	38	(63.3)
ケア対象者 の年齢	60代未満	22	14.4	11	12.9		その他	8	(7.3)	5	(8.3)
	60代	15	9.8	8	9.4	身体不調の 有無	あり	74	48.4	39	45.9
	70代	31	20.3	12	14.1		なし	75	49.0	43	50.6
	80代	61	39.9	39	45.9						
	90代	22	14.4	15	17.6						
同別居	同居	106	69.3	54	63.5	受給 サービス	医療	44	28.8	21	24.7
	同一敷地内別居	2	1.3	2	2.4		介護	67	43.8	41	48.2
	別居	44	28.8	29	34.1		自立支援	6	3.9	4	4.7
受給 サービス	医療	44	28.8	21	24.7		その他	10	6.5	4	4.7
	介護	67	43.8	41	48.2		なし	50	32.7	24	28.2
	自立支援	6	3.9	4	4.7						
	その他	10	6.5	4	4.7						
	なし	50	32.7	24	28.2						

注1) 各項目中、「受給サービス」と「ケアラーになった理由」は複数回答の結果である。

注2) 各項目の選択肢はすべてを記載していない。また集約したものもある。

詳しくは、各地域の第一次報告書を参照。

注3) 各項目中、「介護中の職業」については、「無職」であった人を除き、該当者数が大野市は109人、坂井市春江地区は60人で、比率を計算している。

付表3 ケアラーを家族関係から見る

	坂井市春江地区						大野市			
	計	気づかい	ケアラー		気づかい	ケアラー	ケアラー		ケアラー (2)	
		主	主	(%)	サブ	サブ	主	(%)	主	(%)
計	84	28	31	100.0	13	12	68	100.0	75	100.0
(1) 続柄によるケアラー										
配偶者による介護	15	8	6	19.4	0	1	21	30.9	21	28.0
妻→夫	10	4	5	16.1	0	1	14	20.6	14	18.7
夫→妻	5	4	1	3.2	0	0	7	10.3	7	9.3
娘・「婿」による親の介護	26	8	9	29.0	5	4	15	22.1	18	24.0
娘→実の親			9	29.0			15	22.1	18	24.0
娘→実母	22	8	8	25.8	4	2	12	17.6	12	16.0
娘→実父	1	0	1	3.2	0	0	3	4.4	6	8.0
「婿」→義理の親			0	0.0			0	0.0	0	0.0
婿→義母	3	0	0	0.0	1	2	0	0.0	0	0.0
婿→義父	0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0
息子・「嫁」による親の介護	30	8	13	41.9	4	5	23	33.8	27	36.0
息子→実の親			3	9.7			9	13.2	13	17.3
息子→実母	9	5	2	6.5	0	2	8	11.8	10	13.3
息子→実父	7	2	1	3.2	3	1	1	1.5	3	4.0
「嫁」→義理の親			10	32.3			14	20.6	14	18.7
嫁→義母	12	0	9	29.0	1	2	11	16.2	11	14.7
嫁→義父	2	1	1	3.2	0	0	3	4.4	3	4.0
親による子の介護	8	2	3	9.7	2	1	8	11.8	8	10.7
母親→子	4	1	3	9.7	0	0	6	8.8	6	8.0
父親→子	4	1	0	0.0	2	1	2	2.9	2	2.7
きょうだい等による介護	5	2	0	0.0	2	1	1	1.5	1	1.3
(2) 性別によるケアラー (ケアラー (主))										
女性ケアラー			27	87.1			50	73.5	53	70.7
男性ケアラー			4	12.9			18	26.5	22	29.3

注) 大野市の「ケアラー (2)」は、在宅高齢者に加え、施設や病院に入所入院している高齢者のケアラー (主) を含む。

資料出所：[高田洋子，2014，p6]